



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS NUTRICIONALES EN
DIABÉTICOS TIPO 2 QUE INTEGRAN LOS CLUBES DE DIABÉTICOS
URBANOS, CUENCA, 2015**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO**

AUTORAS: MARÍA GABRIELA MEDINA APOLO
 SUSANA MARICELA RAMÓN BRITO

DIRECTOR: DR. EDGAR LEÓN ASTUDILLO

ASESOR: DR. JAIME VINTIMILLA MALDONADO

CUENCA – ECUADOR
2016



RESÚMEN

Objetivo

Estimar la frecuencia de conocimientos, actitudes y prácticas sobre nutrición en pacientes diabéticos tipo 2 pertenecientes a los Clubes del área urbana, 01D01 y 01D02, del Ministerio de salud pública de la ciudad de Cuenca, durante el 2015.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, en una muestra probabilística calculada con un universo finito de 682 pacientes; el tamaño de la muestra fue de 245; se calculó en base al 95% de confianza, actitudes buenas del 50% y 5% de error diferencia. Los datos de conocimientos, actitudes y prácticas se obtuvieron por entrevista directa; para la tabulación y análisis de los datos se utilizó el software SPSS, versión 2015.

Resultados

La edad fluctuó entre 40-85 años, la mediana, 67 años. El 72,25% fueron mujeres, el 56,32%, casados, y el 65,31%, tenían instrucción básica. El nivel de conocimientos buenos en nutrición fue del 12,65%, regulares, el 61,23% y malos, el 26,12%. Actitudes buenas, el 10,20%, regulares, el 64,90% y malas, el 24,90%. El 15,51%, tuvo buenas prácticas, regulares, el 58,78%, y malas, el 25,71%.

Conclusiones

La frecuencia de conocimientos, actitudes y prácticas regulares fueron superiores al 50%.

Palabras clave

DIABETES MELLITUS TIPO 2, CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, PRÁCTICAS Y NUTRICIÓN.



ABSTRACT

Objective

To estimate the frequency of knowledge, attitudes and practices on nutrition in patients with type 2 diabetes belonging to the clubs in urban areas, 01D01 and 01D02, of the city of Cuenca from the Ministry of Public Health, in 2015.

Methods and materials

A descriptive study was conducted in a randomized probabilistic sample calculated with a finite universe of 682 patients; the sample size was 245; it was calculated based on the 95% confidence, good attitudes of 50% and 5% error difference. The data of knowledge, attitudes and practices were obtained by direct interview; for tabulation and analysis of the data the SPSS software, version 2015.

Results

The age ranges from 40-85 years, median, 67 years. The 72,25% were women, 56,32% married, and 65.31% had basic education. The level of good nutrition knowledge was 12, 65%, fair, the 61,23% and poor, 26,12%. Good attitudes, 10,20%, fair, and bad the 64,90%, 24,90%, 15,51% had good practice, regular, the 58,78%, and bad, 25,71%.

Conclusion

The frequency of knowledge, attitudes and practices regular were over 50%.

Keywords

Type 2 Diabetes Mellitus, knowledge, attitudes, practices and nutrition.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	13
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
3. JUSTIFICACIÓN.....	17
4. FUNDAMENTO TEÓRICO	18
4.1 Conocimientos, actitudes y prácticas	19
4.2 Hábitos nutricionales y la diabetes.....	22
4.3 Hábitos nutricionales en Ecuador.....	23
4.4 ¿Qué piensan los diabéticos sobre los hábitos nutricionales?	23
4.5 Tratamiento médico nutricional en la diabetes mellitus tipo 2.....	25
4.6 Características nutricionales de la dieta.....	26
4.7 Recomendaciones alimentarias	26
4.8 Modelo de alimentación y distribución de macronutrientes y micronutrientes	27
4.8.1 Distribución alimentaria	28
4.9 La pirámide alimentaria para la diabetes.....	30
4.10 Recordatorio de 48 horas	31
5. OBJETIVOS	33
5.1 General.....	33
5.2 Específicos	33
6. DISEÑO METODOLÓGICO	34
6.1 Tipo de estudio	34
6.2 Área de estudio.....	34
6.3 Unidad de análisis	34
6.4 Universo y muestra	35



6.5	Criterios de Inclusión y exclusión	35
6.5.1	Criterios de Inclusión	35
6.5.2	Criterios de Exclusión	35
6.6	Operacionalización de las variables	36
6.7	Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de la información	37
6.8	Plan de tabulación y análisis.....	39
6.9	Aspectos éticos.....	39
7.	RESULTADOS	40
8.	DISCUSIÓN.....	45
9.	CONCLUSIONES	49
10.	RECOMENDACIONES	50
11.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51



Universidad de cuenca

Cláusula de derechos de autor

Yo, María Gabriela Medina Apolo, autora de la tesis **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS NUTRICIONALES EN DIABÉTICOS TIPO 2 QUE INTEGRAN LOS CLUBES DE DIABÉTICOS URBANOS, CUENCA, 2015** reconozco y acepo el derecho de la Universidad de Cuenca en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este un requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 10 de Febrero de 2016

María Gabriela Medina Apolo

C.I: 0705576965



Universidad de Cuenca

Cláusula de derechos de autor

Yo, Susana Maricela Ramón Brito, autora de la tesis **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS NUTRICIONALES EN DIABÉTICOS TIPO 2 QUE INTEGRAN LOS CLUBES DE DIABÉTICOS URBANOS, CUENCA, 2015** reconozco y acepo el derecho de la Universidad de Cuenca en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este un requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 10 de Febrero de 2016

Susana Maricela Ramón Brito

C.I: 0705379220



Universidad de Cuenca

Cláusula de responsabilidad

Yo, María Gabriela Medina Apolo, autora de la tesis **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS NUTRICIONALES EN DIABÉTICOS TIPO 2 QUE INTEGRAN LOS CLUBES DE DIABÉTICOS URBANOS, CUENCA, 2015** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 10 de Febrero de 2016

María Gabriela Medina Apolo

C.I: 0705576965



Universidad de Cuenca

Cláusula de responsabilidad

Yo, Susana Maricela Ramón Brito, autora de la tesis **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS NUTRICIONALES EN DIABÉTICOS TIPO 2 QUE INTEGRAN LOS CLUBES DE DIABÉTICOS URBANOS, CUENCA, 2015** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 10 de Febrero de 2016

Susana Maricela Ramón Brito

C.I: 0705379220



DEDICATORIA

En primer lugar a Dios por guiarme y darme la fuerza necesarias para seguir en los días más difíciles.

De manera especial a mis padres Walther y Alicia, por brindarme todo su amor, consejos y apoyo incondicional, a lo largo de mi carrera.

A mis hermanas y sobrinos, por estar siempre conmigo y alegrar mi vida en los días que más lo he necesitado.

Con todo el amor para Edwin, por ser una persona importante en mi vida y haberme acompañado todos estos años en las buenas y malas demostrándome todo su amor.

SUSANA MARICELA RAMÓN BRITO



DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a Dios por brindarme la fortaleza día tras día para seguir adelante a pesar de las adversidades.

Especialmente a Lolita, Celeste y Rolando que son mi mayor inspiración, y el pilar fundamental de mi vida, gracias infinitas por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida académica y personal, por su paciencia, amor y sabios consejos que me enseñaron que todo el mundo quiere el éxito, pero son pocos los que están dispuestos a pagar el tributo, que es el esfuerzo, y que el fracaso siempre puede convertirse en éxito.

“Lo esencial es invisible a los ojos”

MARÍA GABRIELA MEDINA APOLO



AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecer a Dios por permitirnos vivir y darnos la oportunidad de tener una vida de éxitos.

A nuestros padres por todo el apoyo que nos han ofrecido en el trayecto de nuestra carrera.

A nuestro Director de tesis Dr. Edgar León por su colaboración imprescindible de la presente tesis, a nuestro asesor Dr. Jaime Vintimilla, quien gracias a su colaboración desinteresada hemos podido sacar adelante esta tesis.

A un gran amigo Dr, Marco Palacios por habernos guiado y enseñado incondicionalmente durante la construcción de esta tesis.

A las autoridades de los centros de salud, por darnos un lugar especial durante la recolección de datos de formarespetuosa.

Las Autoras



1. INTRODUCCIÓN

La elevada morbilidad y mortalidad por diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es de interés para todos los organismos de salud tanto a nivel mundial como local. A pesar del incremento de medidas terapéuticas y de recomendaciones para su manejo, la transición nutricional y los cambios en el estilo de vida han incidido en el aumento de esta enfermedad al punto de convertirse en una pandemia.

El modelo de Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAPS) utilizado desde los años 70, permite una valoración personalizada sobre los hábitos nutricionales que mantienen los pacientes y, al mismo tiempo, hace factible modificarlos mediante la aplicación de una metodología clara. Es posible que a partir del conocimiento, se cambien actitudes y prácticas nutricionales mantenidas hasta el momento de la evaluación y se logre la adopción de medidas que mejoran la calidad de vida de las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2.

El tratamiento de la DM2 es de carácter complementario para la terapia farmacológica y no farmacológica. La implementación de una alimentación acorde a las condiciones fisiopatológicas de la enfermedad permitirá mantener un control adecuado, corregir alteraciones metabólicas, prevenir complicaciones agudas y retrasar la aparición de complicaciones crónicas.

Al ser la diabetes mellitus una enfermedad muy frecuente en los últimos tiempos, surge la necesidad ineludible de asumir ciertas medidas tendientes a reducir sus complicaciones a largo plazo. Una de ellas son los tratamientos orientados al cambio del estilo de vida de las personas. Esto es llevar una alimentación adecuada. De aquí, la importancia del presente estudio, cuyo objetivo es identificar la adherencia al tratamiento nutricional con la aplicación del modelo de conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes diabéticos tipo 2 de las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública, pertenecientes a los distritos 01 y 02 de la zona urbana de Cuenca-Ecuador.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, la DM2 es considerada una enfermedad pandémica que produce devastadoras consecuencias, constituyendo uno de los problemas de salud más graves del siglo XXI. Según la IFD (Federación Internacional de Diabetes) 382 millones de personas viven con diabetes, el 80% de ellas está en países de ingresos medios y bajos.¹

En el 2013, en nuestro país, la diabetes se convirtió en la principal causa de mortalidad general; según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) se registraron 4695 muertes con un porcentaje de 7,44% y una tasa de mortalidad de 29.76. Se consideró como la segunda causa de muerte en los varones, con 2.157 defunciones y un 6,18% del total de defunciones masculinas, con una tasa de 27.60 por cada 100.000 habitantes. En relación con la mortalidad femenina, la principal causa es la diabetes mellitus con un total de 2.538 defunciones, cuyo porcentaje es del 9% y una tasa de mortalidad de 31.89 por cada 100.000 habitantes. En el Azuay, se reportó 127 muertes por diabetes; de acuerdo con el área de residencia, 96 casos se ubicaron en el área urbana y 31, en la rural.² Las provincias con mayor tasa de incidencia son: Santa Elena, Cañar, Manabí, El Oro, Los Ríos, Guayas y Azuay, que representan al 80,6% de personas afectadas por diabetes en el Ecuador.³

La ENSANUT-ECU (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2013) estima que la prevalencia de diabetes para la población, cuya edad fluctúa entre 10 a 59 años es del 2,7%, evidenciándose un incremento a partir del tercer decenio; llegando hasta el 10,3% en el quinto decenio de vida, hallazgo que se complementa con los resultados de la encuesta SABE II Ecuador de 2011. Esta encontró una prevalencia del 12,3% para los adultos mayores de 60 años y concretamente del 15,2% en el grupo de 60 a 64 años. A nivel nacional la prevalencia de diabetes en el área urbana es de 3,2% a diferencia de la rural, que presenta el 1,6%.⁴



Según la Encuesta anterior, en relación a la Prevalencia de consumo excesivo de carbohidratos, la población ecuatoriana desconoce la manera adecuada de alimentarse; el 29,2% consume en exceso carbohidratos, que superan la máxima recomendación establecida, en ambos sexos. Esto, especialmente, en grupos de nivel socioeconómico bajo; en el sector indígena el porcentaje es del 46,4% y en el grupo montubio, de 39,6%; De acuerdo a los datos por subregión en la Costa rural, corresponde al 44%, con respecto a las demás subregiones del país.

Con referencia a la edad, las personas que consumen mayor cantidad de carbohidratos es el grupo etario de 51 años en adelante. Y en cuanto al tipo de alimentos más consumidos diariamente, son arroz en un 32,8%, pan 6,7%, y pollo 6,3%; el 6,4% de la población consume de manera inadecuada las proteínas, tal es el caso del grupo indígena de la región Sierra del sector rural. A escala nacional el 0,1%, es decir, 1 persona de cada 1000 ecuatorianos consume fibra de forma adecuada (vegetales, frutas, avena, lentejas). La papa es el alimento de mayor consumo diario a nivel nacional, luego están las leguminosas y el plátano. Los datos por subregión revelaron que en la Sierra urbana y rural el alimento que más contribuye al consumo diario de fibra es la papa; finalmente, con respecto a la ingesta de grasas, el 20% proviene del consumo del aceite de palma.⁴

La relación entre la diabetes y hábitos nutricionales inadecuados está claramente establecida y aceptada; es por ello que el cambio en el estilo de vida, principalmente llevar una dieta adecuada, constituye el pilar fundamental del tratamiento de los diabéticos tipo 2. Se aspira a mejorar el control glucémico, la calidad de vida y a evitar o disminuir la necesidad de terapia farmacológica y asistencia sanitaria por complicaciones.



Actualmente, en la mayoría de países, el problema se acentúa debido al estilo de vida poco saludable, que incluye la dieta inadecuada con alto consumo de hidratos de carbono, grasas saturadas y azúcares simples. Realidad que se refleja en la aparición de enfermedades crónicas tales como la DM2, dislipidemia e hipertensión arterial.

Frente a la inadecuada alimentación en el manejo de enfermedades de carácter metabólico y a la falta de concientización de los diabéticos surgió la necesidad de conocer si ¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre nutrición en pacientes diabéticos pertenecientes a los clubes del 01D01-01D02 del Ministerio de salud pública de la ciudad de Cuenca durante el 2015?

3. JUSTIFICACIÓN

La DM2 es una enfermedad controlable y su prevención permite manejar a los pacientes con mejores resultados y expectativas de vida; por lo tanto, es de vital importancia impartir conocimientos acerca del control nutricional en el tratamiento de su enfermedad. Con esto, se pretende lograr un impacto en el cambio de estilo de vida y, particularmente, de su sistema alimenticio.

Es evidente el incremento de casos de DM2, así como el número de muertes a causa de esta enfermedad, a nivel mundial. En el Ecuador, la DM2 aporta con la mayor cantidad de consultas y egresos hospitalarios desde hace más de dos décadas.

La conformación de Clubes de diabéticos por parte del MSP (Ministerio de Salud Pública) tiene como propósito mantener un adecuado control de la diabetes, disminuir el número de complicaciones y, por ende, el número de consultas a nivel de servicios de salud. Es por esta razón, que el presente trabajo de investigación tiene el propósito de describir qué conocimientos, actitudes y prácticas dietéticas son habituales en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que acuden a los Clubes de diabéticos de parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, ya que los hábitos nutricionales juegan un papel muy importante en el tratamiento no farmacológico de la DM2. Un adecuado manejo nutricional permite un mejor control metabólico del paciente y disminuye las complicaciones asociadas con la enfermedad.

Los resultados que se obtendrán en el estudio beneficiarán tanto a los dirigentes de los clubes como a los pacientes involucrados en el estudio, por cuanto tendrán una descripción objetiva de sus hábitos alimenticios, susceptibles de ser cambiados o fortalecidos para mejorar el estilo de vida y evitar complicaciones futuras en el proceso de evolución de la enfermedad.

4. FUNDAMENTO TEÓRICO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes es una enfermedad metabólica que se presenta por defectos en la secreción de insulina, en la acción de la misma o ambos.⁵

La OMS de acuerdo con los datos epidemiológicos, demuestra que una adecuada nutrición, autocuidado y tratamiento, promueven el control de enfermedades crónico degenerativas (DM2, HTA, obesidad, sobrepeso, enfermedades cardiovasculares).⁶

La carta Internacional de Derechos y Responsabilidades de las personas con diabetes establece el derecho: “A la información y educación” sobre cómo prevenir la enfermedad, el autocontrol del paciente, evolución de la enfermedad, tratamiento farmacológico y no farmacológico.⁷

De igual manera, La declaración de las Américas sobre la diabetes menciona que se debe “velar porque las personas con diabetes puedan adquirir conocimientos actitudes y prácticas que les faculte en el autocuidado de su enfermedad crónica, y, a la vez, porque el equipo de asistencia sanitaria tenga los conocimientos, actitudes y prácticas necesarios para atender a las personas con diabetes”.⁸

De acuerdo con los objetivos del Milenio, en el Ecuador, se pretende mejorar la salud de los pacientes mediante proyectos que involucren la promoción y prevención de la salud. Sin embargo, su progreso ha sido lento para alcanzar las metas propuestas en los países en vías de desarrollo.

Es necesario usar una metodología, en los pacientes diabéticos, para que su tratamiento, conocimiento y actitud sea eficaz frente a su enfermedad. Algunas



investigaciones consideran necesario utilizar un método transteórico (basado en el concepto de cambio para la reconstrucción de las condiciones de salud de la sociedad) que determine el nivel de motivación de los pacientes, lo que impulsará a que las instituciones direccionen el cambio para mejorar su estilo de vida.

4.1 Conocimientos, actitudes y prácticas

El modelo de educación CAPS permite la transmisión de conocimientos utilizando diversas metodologías para modificarlos anteriores en el grupo poblacional seleccionado, por lo tanto, esta técnica promueve al cambio de hábitos e incluso la adopción de un nuevo conocimiento.⁹El conocimiento es una construcción que se efectúa desde el interior del individuo, no como la interiorización del entorno, según la teoría conductual. Este fenómeno se produce cuando el individuo a través de mecanismos de acomodación y asimilación, recibe nuevas informaciones modificando a la vez sus estructuras preexistentes.¹⁰

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE) actitud es un estado de ánimo que se expresa de una cierta manera. Una actitud es la manera de comportarse u obrar una persona ante un hecho o situación. Es un gesto exterior que expresa una preferencia, es un predicado de comportamiento futuro.¹¹

La diabetes es una enfermedad que conlleva complicaciones, por lo tanto, requiere vigilancia constante, conocimiento de la enfermedad, metas de tratamiento; es importante contribuir a su propio cuidado y adoptar actitudes que permitan afrontar su problema de salud.¹²De lo expuesto, se infiere que los pacientes diabéticos deben adoptar nuevas actitudes que conduzcan a mejorar el tratamiento de su enfermedad.



Si se aplica el concepto de práctica según la RAE en el contexto de la presente investigación, es la ejecución de ideas, planes y proyectos en base a los conocimientos anteriormente obtenidos. Son una serie de comportamientos (acción explícita y observable, que se considera realizar con un fin) relacionados.¹¹

En 1918, Elliot P. Josler; médico de los EE.UU, fue el pionero en educar a pacientes y familiares sobre diabetes, afirmando que “el diabético que más sabe, es el que más vive”, por lo tanto la educación es el tratamiento del diabético.¹³

Los estudios CAPS (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) constituyen la base fundamental de diagnóstico y ofrecen información a instituciones y organizaciones responsables de ejecutar, crear y evaluar programas de promoción; pues, se ha identificado que las influencias sociales, hábitos, conocimientos, experiencias, actitudes, posibilidades de cambio, entre otros, son consideradas determinantes del comportamiento de la salud.¹⁴

La técnica CAPS en nutrición describe la educación dietética de los pacientes con DM2, en relación con la cantidad, calidad, fraccionamiento, distribución, preparación y consumo de los alimentos; de igual manera, da a conocer la metodología que utiliza y precisa la asistencia a los controles periódicos con el médico y el cumplimiento de sus indicaciones, el apoyo familiar y sus hábitos de socialización de la información y su interés por participar en un programa educativo dietético en un futuro mediano.¹⁴

En el estudio Knowledge, Attitudes and Practice of Diabetes in Rural Bangladesh: The Bangladesh Population Based Diabetes and Eye Study (BPDES) los datos fueron recogidos mediante muestreo aleatorio clúster de 3104 adultos que residen en un distrito rural de Bangladesh. Los participantes tenían entre 30 y 89 años ($M = 51$, $SD = 11.8$) y el 65,5% eran mujeres. La prevalencia de diabetes fue del 8,3%; el 41% de los participantes mayores a 65 años de edad sabían



que las modificaciones dietéticas ayudan en el control de la diabetes frente al 69% del grupo etario menor a 35 años. En cambio, los participantes menores de 35 años con respecto a las actitudes positivas hacia los tratamientos de la diabetes fueron significativamente mayor en comparación con los de ≥ 65 años.¹⁵

Un estudio descriptivo realizado en México sobre Conocimientos actitudes y prácticas dietéticas en pacientes con diabetes mellitus tipo II, dio como resultado que existe un alto nivel de conocimiento, 67,5%, y actitudes, 50%, sin embargo, existe un bajo nivel de prácticas educativo dietéticas y tan solo el 3% tenía una práctica de alto nivel.¹⁶

En el estudio descriptivo transversal realizado en pacientes con DM2 en Colombia para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca del Tratamiento Médico Nutricional (TMN) el 77% de los participantes presentó conocimientos suficientes sobre intercambios y fraccionamiento de la alimentación. Con respecto a las actitudes, el 87% de las personas tuvieron actitudes positivas frente a su enfermedad y TMN; siendo, en su mayoría, mujeres, con el 62%. Estas personas refirieron tener un buen cumplimiento nutricional a diferencia de quienes tenían actitudes negativas, que reportaron un mal cumplimiento, en cuanto a prácticas el 67% refirió comer alimentos con alto contenido de grasa y el 30%, ingerir bebidas alcohólicas, existiendo un bajo consumo de frutas y vegetales.¹⁷

Un estudio descriptivo transversal de psicología en Chile sobre Creencias y actitudes en pacientes diabéticos, con el propósito de analizar la relación entre la veracidad de las creencias de los pacientes diabéticos y las actitudes hacia su enfermedad, se observó que el 43,1% de las personas que tenían creencias mayoritariamente falsas tenían una actitud negativa hacia la diabetes; en

cambio, el 32,7% de los que tenían creencias mayoritariamente verdaderas, presentaban una actitud positiva hacia la enfermedad.¹⁸

Del análisis de los estudios internacionales se puede afirmar que no existen adecuadas prácticas alimentarias, a pesar de que puedan existir correctas actitudes y conocimientos, lo que conduce a una inadecuada adherencia al tratamiento nutricional.

4.2 Hábitos nutricionales y la diabetes

En la actualidad, es de conocimiento común que existen criterios científicos que están claramente establecidos respecto a las recomendaciones nutricionales para el tratamiento de la diabetes tipo 2, los cuales no difieren de los objetivos nutricionales que se proponen a la población en general.

Realmente, el problema reside en el modo de llevar a la práctica dichas recomendaciones a través de la alimentación; convirtiéndose en uno de los aspectos más difíciles de conseguir por diversos factores: la complejidad de las instrucciones para su cumplimiento, la poca comprensión de las metas del control dietético por el paciente y el médico, o por el desinterés del paciente por optar una dieta adecuada, lo que conduce a la frustración tanto de los médicos como de los pacientes.

En el artículo denominado “Diabetes Management in Correctional Institutions” se mencionan 2 opciones ideales para una persona con diabetes: la primera es que debe ser referido a un nutriólogo para la terapia y educación nutricional para un seguimiento permanente, y la segunda, es la derivación a un programa de educación integral, autocontrol de la diabetes, que incluya la instrucción sobre la terapia nutricional, sin embargo, gran porcentaje de las personas con diabetes no reciben ningún tipo de educación diabética o terapia de nutrición.¹⁹



4.3 Hábitos nutricionales en Ecuador

La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los hogares, 2012, del INEC da un 'ranking' de los 20 productos más consumidos en nuestro país; en orden de importancia, son los siguientes: pan corriente, arroz blanco, refrescos de cola y/o gaseosas, leche entera en funda, pechuga, alas y piernas de pollo, pollo entero, queso de mesa, aceite vegetal de palma, huevos, agua sin gas, carne de res, azúcar refinada (blanca), papa chola, pechuga de pollo, atún, tomate, cebolla.²

En Ecuador, un estudio realizado sobre la Valoración del estado nutricional y conocimiento acerca de su enfermedad, en los pacientes diabéticos tipo 2, que asisten al Departamento de Nutrición del hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Babahoyo, concluyó que existe un exceso de consumo de calorías, carbohidratos y grasas y un déficit en el consumo de proteínas; lo que explica el aumento de peso observado en los pacientes investigados. La frecuencia de consumo de alimentos demostró un bajo índice de vegetales, frutas y lácteos, con un exceso de consumo de azúcar tipo blanca, de grasas animales y cereales blancos.²⁰

Otro estudio realizado en Quito acerca del Grado de conocimiento de nutrición en los pacientes con DM2 que acuden a la clínica de diabetes del hospital Enrique Garcés, la mayoría de los pacientes tienen un grado de conocimiento regular (82%) sobre diabetes y nutrición. Se observó que los pacientes con un grado de conocimiento ideal pertenecen al sexo masculino, entre 40 y 64 años de edad, con un tiempo de evolución de la enfermedad entre 5 y 15 años.²¹

4.4 ¿Qué piensan los diabéticos sobre los hábitos nutricionales?

Algunos de los mitos relacionados con la nutrición y diabetes, según ADA, se presentan a continuación:



- “La gente con diabetes debe comer alimentos especiales para diabéticos”.
- “Si alguien tiene diabetes, solo puede comer pequeñas cantidades de alimentos con carbohidratos como pan, papa y fideos”.
- “Las personas con diabetes no pueden comer dulces ni chocolate”.
- “La fruta es un alimento saludable. Por lo tanto, está bien comer todo lo que se le antoje”.
- “Comer demasiados dulces causa diabetes”.
- “Tomo la pastilla y no importa lo que coma”.
- “La medicina natural cura la enfermedad”.²²

Un estudio publicado en la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) sobre Prácticas nutricias en pacientes diabéticos tipo II reveló que los enfermos, “además de su pastilla, utilizan los licuados de nopal, de chaya, apio con perejil, el té maravilloso, el guereque, el matarique, la retama, el palo azul, así como otras plantas medicinales para bajar el azúcar”²⁵ así como, también, practican la medicina alternativa: la homeopatía, la acupuntura, la orinoterapia y hasta la meditación trascendental.²³

En otro estudio mexicano acerca de Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos, respecto al tipo de alimentación, los diabéticos expresaron comer “de todo” debido a la falta de indicaciones del médico. El tipo de alimentación que se les recomienda es descrita como “prohibitiva”, “restrictiva”; es la dieta de los “no” y, en la mayoría de los casos, no existe apego a ella, por considerarla difícil de implementarla y, además, no es agradable; la consideran “muy especial” y de elevado costo; los pacientes la reconocen como “extraña” y se ven en la necesidad de preparar dos tipos de alimentos: uno, para las personas diabéticas y, otro, para los demás miembros de la familia o se adaptan a los gustos y preferencias alimentarias de estos.²⁴



4.5 Tratamiento médico nutricional en la diabetes mellitus tipo 2

La American Diabetes Association (ADA) plantea que el objetivo general del tratamiento dietético en los pacientes con DM2 es ayudar a modificar los hábitos alimentarios para mejorar su control metabólico y reducir las complicaciones.

Los objetivos específicos se basan en conseguir y mantener:

Un equilibrio nutricional que aporte suficiente energía para mantener el peso, disminuyendo si fuera necesario el exceso de grasa, en especial, la visceral en el caso de sobrepeso u obesidad, y evitar la depleción en circunstancias catabólicas intercurrentes, consumiendo los macronutrientes y micronutrientes necesarios para el adecuado funcionamiento celular.²⁵

Otro objetivo es alcanzar y mantener un óptimo control metabólico, niveles de glucemia y HbA1c ($< 7\%$), la presión arterial ($< 130/80$ mmHg) mantenida a lo largo del día en valores óptimos que reduzcan el riesgo cardiovascular, perfil lipídico (medido por colesterol unido a cLDL y objetivo < 100 mg/dl, óptimo < 70 mg/dl) para la prevención de enfermedad cardiovascular.²⁵

También prevenir y tratar las complicaciones crónicas y comorbilidades de la diabetes (obesidad, dislipidemia, enfermedad cardiovascular, nefropatía e hipertensión), mejorando así el estado de salud mediante la elección de alimentos saludables y el ejercicio físico.²⁵

4.6 Características nutricionales de la dieta

Para la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) las características nutricionales son las siguientes:

- La dieta debe ser personalizada y adaptada a las condiciones de vida del paciente, preferencias personales y las metas metabólicas. Cada individuo debe recibir instrucciones dietéticas de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica (embarazo, etc.), actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de origen.²⁶
- El plan de alimentación debe ser fraccionado y los alimentos se distribuirán en cinco a seis porciones diarias de la siguiente forma: desayuno, colación, almuerzo, colación, cena y colación nocturna (esta última para pacientes que se aplican insulina en la noche). Con el fraccionamiento, mejora la adherencia a la dieta, se reducen los picos glucémicos postprandiales y resulta especialmente útil para los pacientes en insulino terapia.²⁶

4.7 Recomendaciones alimentarias

Según la revista de la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la alimentación, los alimentos se clasifican en tres grupos:

➤ Alimentos no recomendados

- Lácteos enteros o enriquecidos con grasas, quesos grasos.
- Carnes grasas, embutidos, tocino, ahumados.
- Cereales de desayuno azucarados, pasteles, refrescos azucarados.
- Zumos envasados azucarados.
- Manteca, mantequilla, margarina, aceites.



- Miel, mermelada, caramelos.

➤ **Alimentos permitidos**

- Lácteos semidesnatados, requesón, cuajada.
- Jamón.
- Uvas, plátanos maduros.
- Zumos naturales.
- Café, té, vino tinto (no más de 50-100 ml/día).

➤ **Alimentos recomendados**

- Lácteos descremados, quesos frescos.
- Carnes magras y sin piel, pescado blanco.
- Todo tipo de legumbres, cereales integrales, pan, patata (no frita).
- Todo tipo de verduras y hortalizas, excepto maíz y remolacha.
- Todo tipo de frutas frescas (salvo uva y guineo maduro) en compota o al horno.
- Aceite de oliva.
- Edulcorantes acalóricos en dosis permitidas.
- Agua mineral, refrescos sin azúcar, infusiones, caldos desgrasados.

4.8 Modelo de alimentación y distribución de macronutrientes y micronutrientes

El consumo de los macronutrientes tanto para pacientes diabéticos como los no diabéticos, tendrá igual distribución: el 40-60 % del total de calorías de la dieta serán carbohidratos, el 30-45 %, grasa, y el 15-30 %, proteínas.²⁶

4.8.1 Distribución alimentaria

Hidratos de Carbono: Respecto a la distribución de los azúcares en la sangre, los simples o de rápida absorción lo hacen de manera más acusada, ya que su digestión es más fácil y la glucosa resultante pasa más rápidamente a la circulación sanguínea, pero su velocidad de absorción no depende únicamente de la cantidad presente en el alimento, sino, también, de los alimentos acompañantes como: grasas, fibra, proteínas o el tipo de elaboración del producto. Las recomendaciones según ADA²⁸, se sintetizan a continuación:

- Aconsejar el consumo de carbohidratos procedente de verduras, frutas, cereales integrales, legumbres y productos lácteos.
- Limitar o evitar la ingesta de bebidas azucaradas para reducir el aumento de peso y el empeoramiento del riesgo cardiometabólico.
- Consumir por lo menos la cantidad de fibra y granos enteros recomendado para el público en general.
- Sustituir alimentos que contienen sacarosa por cantidades isocalóricas de otros hidratos de carbono puede tener efectos similares en la glucosa de la sangre, pero su consumo debería ser reducido.

Grasas: El adecuado control de ingesta de grasa permite mantener un mejor control glucémico. Deben incluirse ácidos grasos monoinsaturados y esenciales. Solamente en caso de dislipidemia, los valores porcentuales de grasa podrán ser reducidos. ²⁷

La ADA hace las siguientes recomendaciones:



- El estilo mediterráneo, con alimentación rica en ácidos grasos monoinsaturados, puede beneficiar el control de la glucemia y de los factores de riesgo de Evento Cerebro Vascular (ECV).
- Incrementar el consumo de alimentos que contienen: ácidos grasos (del pescado) y ácido linoleico, debido a sus efectos beneficiosos sobre las lipoproteínas y a sus efectos preventivos de ECV.

Proteínas: Es aconsejable consumir proteínas vegetales debidamente complementadas y en cantidades adecuadas, y, entre las animales, optar como primera elección por los pescados (tanto blancos como azules, ya que estos últimos contienen, además, ácidos grasos esenciales y omega-3 con propiedades cardiosaludables) aves, cortes magros de ternera y lácteos descremados, ya que las de origen animal contienen más cantidad de grasa.²⁷

Fibra: Su beneficio radica en la disminución del tiempo de absorción de los hidratos de carbono, por lo que se recomienda un consumo abundante de fibra, no inferior a 25-30 gr/día. Diversos estudios han mostrado una reducción en la velocidad de absorción de glucosa de entre un 10 y un 60% en presencia de fibra. Las dietas ricas en fibra estimulan las señales de saciedad y se reduce la ingesta total de alimentos, lo que es útil para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en el diabético. El adecuado consumo de fibra se asocia con un perfil lipídico más favorable.²⁷

Suplementos: En torno a los suplementos, se debe tener presente las siguientes consideraciones²⁷:

- La suplementación de rutina con los antioxidantes, como las vitaminas E y C y caroteno no se recomienda debido a la falta de pruebas de eficacia.

- La evidencia no apoya la recomendación de n-3 (EPA y DHA) suplementos para las personas con diabetes para la prevención o el tratamiento de eventos cardiovasculares.
- No hay pruebas suficientes para apoyar el uso rutinario de micronutrientes: cromo, magnesio y vitamina D para mejorar el control glucémico.
- No hay pruebas suficientes para apoyar el uso de la canela y otras hierbas/ suplementos para el tratamiento de la diabetes.

En cuanto al alcohol, se debe limitar su consumo a una cantidad moderada (una bebida al día o menos para las mujeres adultas y dos bebidas al día o menos para los hombres adultos). Y en relación a la ingesta de sodio, esta debería reducirse a < 2300 mg/día.²⁷

4.9 La pirámide alimentaria para la diabetes



Fuente: La pirámide alimentaria para la diabetes: componentes básicos para el control de la diabetes. 2013.²⁸



Está diseñada por la Asociación Americana de Diabetes y la Asociación Dietética Americana. Clasifica los alimentos en 6 grupos: El grupo de alimentos ubicados en la cúspide de la pirámide son los que se deben consumir en menor cantidad; mientras que los alimentos que se encuentran en la base, son los que se deben consumir en mayor cantidad.²⁸

4.10 Recordatorio de 48 horas

La técnica de recolección de datos sobre alimentos del día anterior, recordatorio de 24 horas, sirve para obtener información detallada sobre el consumo de alimentos del día o los días anteriores al estudio. El número de días en los que debe recordar los alimentos dependerá de qué alimentos se requiera conocer, cuáles son los más consumidos. Por ejemplo, para información sobre macronutrientes, los días registrados serán menores en comparación con la obtención de información sobre micronutrientes: vitaminas, suplementos que requerirán más días. Esta técnica depende, además, de la memoria a corto plazo del paciente.

Es útil en estudios descriptivos, cuya principal fortaleza en los estudios poblacionales es que permite obtener tasas de "no respuesta" bajas. La capacidad de recordar por parte del entrevistado es una posible fuente de error y para minimizarlo se sugiere el uso de técnicas de interrogatorio en múltiples pasos y el uso de preguntas de sondeo o confirmatorias.²⁹

Cuando se quiere estimar la distribución de la ingesta usual o la prevalencia de individuos con ingestas deficientes, no es suficiente un solo recordatorio. Los métodos estadísticos para lograr estos objetivos requieren al menos dos mediciones de la ingesta reciente.²⁹

Las principales fuentes de error al estimar el consumo de alimentos son la omisión o el agregado de alimentos, la estimación de pesos y los errores en la



codificación de los alimentos o bebidas consumidos. Estos últimos surgen principalmente de descripciones inadecuadas, ambiguas o incompletas de los ítems registrados.²⁹

La interpretación de los resultados está relacionada directamente con los objetivos buscados. En la práctica clínica, se debe considerar que la información refleja la ingesta reciente de un individuo y de ningún modo un único “Recordatorio de 24 horas” debe ser tomado como representativo de la ingesta usual. En estudios poblacionales, donde presenta la mayor utilidad, se debe considerar la necesidad de realizar recordatorios repetidos cuando se quiere estimar con esta técnica la ingesta habitual de un grupo o los porcentajes de individuos con ingestas deficientes.²⁹



5. OBJETIVOS

5.1 General

- Estimar la frecuencia de conocimientos, actitudes y prácticas sobre nutrición en pacientes diabéticos tipo 2 pertenecientes a los Clubes del área urbana, 01D01 y 01D02, del Ministerio de salud pública de la ciudad de Cuenca, durante el 2015.

5.2 Específicos

- Caracterizar el grupo de estudio según edad, sexo, instrucción y estado civil.
- Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre nutrición según sexo y grupo etario.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, en el cual se determinó los conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes diagnosticados de DM2.

6.2 Área de estudio

El estudio se realizó en las unidades médicas 01D01 y 01D02 pertenecientes al Ministerio de Salud Pública del área urbana de la ciudad de Cuenca. El área 01D01 está integrada por las unidades médicas del Barrial blanco, Centro 2, El Paraíso, Machángara, Pumapungo, Terminal terrestre, Uncovía, Totoracocha, Nicanor Merchán y el área 01D02, por las de Yanuncay, Cebollar, Tandacatu, Monay y Virgen del milagro.

Todos los centros de salud son tipo A (prestan servicios de prevención, promoción, recuperación de la salud, cuidados paliativos, atención médica, atención odontológica, enfermería y actividades de participación comunitaria; disponen de farmacia/botiquín institucional). En cada uno, existen clubes de diabéticos. Están conformados por Uncovía, con 47 miembros; Machángara, con 16, Centro N° 2, con 75, Barrial blanco, con 43, Pumapungo, con 39, El Paraíso con 29, Terminal terrestre, con 64, Totoracocha, con 67, Nicanor Merchán, con 62, Yanuncay, con 36, y Cebollar, con 96, Monay, con 56, Virgen del milagro, con 35 y Tandacatu, con 17.

6.3 Unidad de análisis

El estudio se realizó en pacientes diabéticos mayores de 40 años que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y que previa a la lectura de la carta de invitación, aceptaron formar parte del estudio.



6.4 Universo y muestra

La población de estudio estuvo conformada por 682 pacientes diabéticos, que formaban parte del club de cada uno de los centros de salud (Anexo 3). La muestra fue aleatoria y representativa de la población objeto. El tamaño se calculó sobre la base del 95% de confianza, actitudes buenas del 50% y 5% de error diferencia.

Se aplicó la siguiente fórmula:

$$N = \frac{N \times p \times q \times z^2}{(N - 1) + e^2 \times p \times q \times z^2} = n = 245$$

6.5 Criterios de Inclusión y exclusión

6.5.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes con diagnóstico de DM2 registrados en los clubes.

6.5.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 1.
- Pacientes con diabetes mellitus gestacional.
- Pacientes con alteración del estado de conciencia.
- Pacientes con hipoacusia.

6.6 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista.	Tiempo	Años	40-64 ≥ 65
Sexo	Características fenotípicas que diferencia a hombres de mujeres.	Fenotipo	Tipo de fenotipo	Masculino Femenino
Instrucción	Nivel de formación académica adquirida en instituciones de educación formal.	Nivel de formación académica	Tipo de formación académica	Ninguna Inicial Básica Bachillerato Superior
Estado civil	Situación jurídica en que se encuentra una persona en relación con otra.	Situación jurídica	Tipo de situación jurídica	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
Conocimientos nutricionales	Nivel de conocimientos sobre nutrición, de acuerdo con las recomendaciones establecidas.	Nivel de conocimientos sobre nutrición	Nivel de conocimientos sobre nutrición. (Anexo 1)	Buenos Regulares Malos
Actitudes nutricionales	Predisposición mental que tiene una persona diabética para cumplir con la nutrición.	Tipo de Predisposición mental para cumplir con la nutrición.	Nivel de actitudes sobre nutrición. (Anexo 1)	Buenas Regulares Malas
Prácticas nutricionales	Recordatorio sobre nutrición practicada en las últimas 48 horas.	Recordatorio sobre nutrición	Tipo de prácticas en las últimas 48 horas (Anexo 2)	Buenas Regulares Malas



6.7 Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de la información

En primer lugar se contactó con cada uno de los directores de los diferentes clubes de diabéticos y en presencia de ellos fueron aleatorizados las personas integrantes al estudio.

Los pacientes fueron citados a cada uno de las unidades de salud. Las citas se realizaron a través del director, por vía telefónica, y en ocasiones por visitas domiciliarias.

A los pacientes citados y que asistieron a cada una de las áreas, se leyó la carta de invitación a participar en el estudio, los que aceptaron fueron entrevistados por las investigadoras, a cualquier hora del día.

Se indagó sobre edad, sexo, instrucción y estado civil, para los conocimientos, actitudes y prácticas se aplicó los formularios respectivos. (Anexo 1,2).

El cuestionario fue estructurado con preguntas sobre conocimientos y actitudes nutricionales. Los ítems fueron recopilados de estudios internacionales^{6,18,23,26} y adaptados a las características de la población estudiada; se caracterizaron por su sencillez y de fácil respuesta. Para la valoración de las prácticas se utilizó el recordatorio de 48 horas.

Los conocimientos fueron valorados de la siguiente manera:

Ítems 1, 2, 6,13

Bueno = 4 puntos

Regular = 2 puntos

Malo = 0 puntos



Ítems 3, 4, 12

Bueno = 4 puntos

Malo = 0 puntos

Valoración

Buenos: 23-28 puntos

Regulares: 14-22 puntos

Malos: <14 puntos

Ítems 4, 5, 7, 8, 10, 15, 16, 17

Bueno= 4puntos

Regular = 2 puntos

Malo= 0 puntos

Ítems 11, 14

Bueno = 4 puntos

Malo= 0 puntos

Valoración

Actitudes Buenas: 32-40 puntos

Actitudes Regulares: 20-31 puntos

Actitudes Malas: <20 puntos.

Valoración

Buena práctica=4 puntos

Regular práctica = 2 puntos

Mala práctica=0 puntos

Buenas: 13-16 puntos

Regulares: 8-12 puntos



Malas: <8 puntos

Las entrevistas se realizaron los primeros jueves del mes en los clubes: Monay, Machángara, Nicanor Merchán, Terminal terrestre, Tandacatu, Barrial blanco, Centro de salud N°1, Une, Yanuncay, El Paraíso y los últimos jueves del mes, en los clubes: Virgen del milagro, Cebollar; los martes y miércoles, en Uncovovía; los sábados y domingos, en el Centro N°2.

6.8 Plan de tabulación y análisis

La variable edad fue analizada con mediana, valor mínimo y máximo, y luego categorizada según la operacionalización de las variables y presentada en tablas de distribución de frecuencias. Las variables de conocimientos, actitudes y prácticas sobre hábitos nutricionales en diabéticos tipo 2, fueron presentadas en tabas de distribución de frecuencias y comparadas por sexo y grupo etario.

6.9 Aspectos éticos

El protocolo fue aprobado por la Comisión de Asesoría de Trabajos de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca (CATI) el 10 de junio del 2015. Luego, se comunicó a las autoridades de Salud y se solicitó la autorización para realizar las encuestas respectivas. Se entrevistó a todos los participantes a quienes se dio lectura de la carta de invitación (Anexo 4) a participar en el estudio. A quienes voluntariamente aceptaron, se procedió a aplicar el cuestionario (todos los pacientes aceptaron ser parte de la investigación) bajo la premisa de que sus datos serán utilizados solamente con fines investigativos y serán de absoluta confidencialidad.

7. RESULTADOS

Se estudió a 245 pacientes diabéticos. La edad mínima fue 40 años, la mediana, 67 y la máxima, 85. La mayoría 59,18% (145) tenía ≥ 65 años de edad. El 72,25% (177) fueron mujeres, el 56,32% (138) casados y el 65,31% (160) tenían instrucción básica (Tabla 1).

TABLA 1. Distribución del grupo de estudio según características demográficas, Clubes de diabéticos, Distritos 01D01-01D02, Cuenca, 2015

Variables	Frecuencia (n=245)	Porcentaje
Grupo etario (años)		
40 - 64	100	40,82
≥ 65	145	59,18
Sexo		
Femenino	177	72,25
Masculino	68	27,75
Estado civil		
Casado/a	138	56,32
Viudo/a	35	14,29
Soltero/a	22	8,98
Divorciado/a	33	13,47
Unión libre	17	6,94
Instrucción		
Ninguna	26	10,61
Inicial	22	8,98
Básica	160	65,31
Bachillerato	36	14,69
Superior	1	0,41

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

El 12.65% de los pacientes (31) tuvieron un buen nivel de conocimientos sobre nutrición; el mayor porcentaje, 61,23%, que representa a 150, un nivel regular, y el 26,12% (61) un nivel malo. En lo referente a las actitudes sobre nutrición, en el 10,20% (25) fueron buenas; regulares en el 64,90% (159) y malas en el 24,90% (61). El 15.51% (38) de los pacientes diabéticos tuvieron buenas prácticas sobre nutrición; el 58.78% (144) regulares, y malas el 25.71% (63) (Tabla 2).

TABLA 2. Distribución del grupo de estudio según conocimientos, actitudes y prácticas sobre nutrición, Clubes de diabéticos, Distritos 01D01-01D02, Cuenca, 2015

Variables	Frecuencia (n=245)	Porcentaje
Conocimientos		
Buenos	31	12.65
Regulares	150	61.23
Malos	64	26.12
Actitudes		
Buenas	25	10.20
Regulares	159	64.90
Malas	61	24.90
Prácticas		
Buenas	38	15.51
Regulares	144	58.78
Malas	63	25.71

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras



En 31 pacientes, se detectó conocimientos buenos; de estos, el 11,87% (21) correspondió al sexo femenino y el 14,71% (10) al masculino; 150 obtuvieron conocimientos regulares, de los cuales el 62,71% (111) fueron mujeres y el 57,35% (39) hombres. De los 64 pacientes con conocimientos malos, el 25,42% (45) fueron mujeres y el 27,94% (19) hombres (Tabla 3).

De los 25 pacientes con actitudes buenas, el 10,73% (19) fueron mujeres y el 8,82% (6) hombres. Respecto a los 159 pacientes que tuvieron actitudes regulares, el 63,84% (113) fueron mujeres y el 67,65% (46) hombres; de los 61 pacientes que tuvieron conocimientos malos, el 25,42% (45) fueron mujeres y el 23,53% (16) hombres (Tabla 3).

De 38 pacientes con prácticas buenas, el 16,95% (30) fueron mujeres y el 11,77% (8) hombres. Se obtuvo prácticas regulares en 144 pacientes, de los cuales el 59,89% (106) fueron mujeres y el 55,88% (38) hombres; de los 63 pacientes que tuvieron conocimientos malos, el 23,16% (41) fueron mujeres y el 32,35% (22) hombres (Tabla 3).



TABLA 3. Distribución del grupo de estudio según conocimientos, actitudes y prácticas y sexo, Clubes de diabéticos, Distritos 01D01-01D02, Cuenca, 2015

CAPS	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	N	%	N	%
Conocimientos				
Buenos	21	11.87	10	14.71
Regulares	111	62.71	39	57.35
Malos	45	25.42	19	27.94
Actitudes				
Buenas	19	10.73	6	8.82
Regulares	113	63.84	46	67.65
Malas	45	25.42	16	23.53
Prácticas				
Buenas	30	16.95	8	11.77
Regulares	106	59.89	38	55.88
Malas	41	23.16	22	32.35

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

31 pacientes tuvieron conocimientos buenos en nutrición; de estos, el 12,00% (12) están entre 40-64 años y el 13,10% (19) es ≥ 65 años. De los 150 que poseen conocimientos regulares, el 60,00% (60) se encuentra entre 40-64 años y el 62,07% (90) es ≥ 65 años. De las 64 personas con conocimientos malos, el 28,00% (28) tienen entre 40-64 años y el 24,83% (36) es ≥ 65 años (Tabla 4).

De los 25 pacientes que tienen actitudes buenas, el 13,00% (13) tiene una edad que fluctúa entre los 40-64 años y el 8,27% (12) es ≥ 65 años; 98 pacientes ≥ 65 años, que representan el 67,59%, tuvieron actitudes regulares, 35 pacientes $>$ de 65 años, que corresponden al 24,14% obtuvieron actitudes malas (Tabla 4).

Son 144 pacientes los que realizan prácticas regulares, de los cuales el 57,00% (57) están entre 40-64 años y el 60,00% (87) es ≥ 65 años; los 37 pacientes, que representan el 25,52%, obtuvieron prácticas malas y son \geq de 65 años (Tabla 4).

TABLA 4. Distribución del grupo de estudio según conocimientos, actitudes y prácticas y grupo etario, Clubes de diabéticos, Distritos 01D01-01D02, Cuenca, 2015

CAPS	Grupo Etario (años)			
	40-64		≥ 65	
	N	%	N	%
Conocimientos				
Buenos	12	12.00	19	13.10
Regulares	60	60.00	90	62.07
Malos	28	28.00	36	24.83
Actitudes				
Buenas	13	13.00	12	8.27
Regulares	61	61.00	98	67.59
Malas	26	26.00	35	24.14
Prácticas				
Buenas	17	17.00	21	14.48
Regulares	57	57.00	87	60.00
Malas	26	26.00	37	25.52

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Las autoras

8. DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud la determinación de los conocimientos, actitudes y prácticas son objetivos primordiales para la educación en salud de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas; entre ellas, la DM2. Actualmente, los estudios sobre el Tratamiento Médico Nutricional en diabetes son frecuentes, debido al interés que a nivel mundial se ha despertado por el control de esta enfermedad, con incremento de medidas terapéuticas al alcance de los pacientes, y el desarrollo de programas de educación sobre todo en el nivel de atención primaria en salud.³⁰

En los resultados de la presente investigación hay un predominio del sexo femenino (177) representado en el 72,25% frente al masculino, que constituye el 27,75% (68) resultados que son similares a los del estudio denominado Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2, atendidas en la Asociación Colombiana de Diabetes, en donde el 60% fueron mujeres y el 40%, hombres.¹⁸ Del análisis de los resultados, ambos estudios coinciden que son las mujeres las más proclives a presentar esta enfermedad ya que tienen mayor probabilidad de padecerla debido a múltiples factores de riesgo: gestación, menopausia, sedentarismo.

Los conocimientos, actitudes y prácticas regulares sobre nutrición fueron 61,23 %; 64,90%; 58,78%; respectivamente, a diferencia del estudio realizado en México por Cabrera et al, sobre conocimientos, actitudes y prácticas dietéticas en pacientes con diabetes mellitus, que fue el 67,5% con alto nivel de conocimientos; actitudes, el 50% de alto nivel, un bajo nivel de prácticas educativo dietéticas ya que tan solo 3% tenía una práctica de nivel alto.¹⁷ La diferencia puede deberse a que la media de edad en el estudio citado fue de 54 años en tanto que en el presente estudio, la media de edad fue de 65,90 años,

pues las conductas alimentarias tienen mayor impacto en los adultos mayores por diferentes factores que afectan su vida diaria.

En el estudio realizado en México sobre El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente, de acuerdo al tratamiento el 95% de los pacientes dieron mayor importancia a las pastillas; el 87% a la dieta, y el 12% a las plantas medicinales. Los enfermos mencionaron que, además de su pastilla, utilizan licuados de nopal, de chaya, apio con perejil, té maravilloso, guereque, matarique, retama, palo azul, así como otras plantas medicinales para bajar el azúcar.²⁴ En tanto que en el presente estudio, el 47,35% de los pacientes demostró dar mayor importancia a la dieta; el 41.63%, al tratamiento farmacológico y el 27,76% a la medicina natural. Las plantas medicinales más utilizadas en nuestro estudio fueron el licuado de perejil con zanahoria, agua de estevia, de montes, de cedrón, de hojas de guanábana, de uvilla, de berenjena con tomate de árbol, de alcachofa y ajeno y aguas amargas, entre otras. Es decir, en los dos estudios no existe diferencia en relación con las consideraciones de mayor importancia al tratamiento para un control adecuado. Y al igual en México que en Ecuador, las plantas medicinales toman aún importancia al momento del control de ciertas enfermedades crónicas como la DM2.

En el estudio descriptivo transversal realizado en pacientes con DM2 en Colombia para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de Tratamiento Médico Nutricional (TMN) el 77% de los participantes presentó conocimientos suficientes sobre intercambios y fraccionamiento de la alimentación. Con respecto a las actitudes, el 87% de las personas tuvieron actitudes positivas frente a su enfermedad y TMN; siendo, en su mayoría, mujeres con el 62%; en cuanto a las prácticas de fraccionamiento de la alimentación, el 67% refirió comer alimentos con alto contenido de grasa y 30% indicó ingerir bebidas alcohólicas, existiendo un bajo consumo de frutas y

vegetales.¹⁸En relación al presente estudio, los conocimientos buenos radicaron igualmente en pacientes del sexo femenino con el 14,71%; en relación con las prácticas de fraccionamiento, el 84,50% come al menos 4 comidas diarias incluyendo un refrigerio; en relación al consumo de vegetales, el 48,57% refirió tener un buen consumo de vegetales.

En el estudio sobre Interpretación de los Conocimientos que influyen en la Adherencia a la dietoterapia en adultos mayores con Diabetes tipo 2 en Chile, se refiere que los pacientes tienen el concepto de que una “dieta” es restrictiva, prohibitiva. Al igual que en nuestro estudio, el 10,61% de los pacientes consideraron a la dieta como prohibitiva; el 19,59%, como agradable y el 3,67%, refirió que no permite disfrutar de los alimentos.¹⁹En torno a los beneficios que otorga la adherencia al tratamiento dietoterapéutico en la DM2, en el caso del estudio antes descrito, gran parte de los pacientes considera que cuando “come bien se mantiene la diabetes”; en el presente estudio de acuerdo con la preocupación por la cantidad de calorías que contienen los alimentos que consumen, se refirió que el 22,86% se preocupa por su alimentación porque si no lo hace sube el azúcar y el peso, con lo que se descontrola la enfermedad.

En el estudio realizado en la ciudad de Quito sobre el Grado de conocimiento de nutrición en los pacientes con DM2 que acuden a la clínica de diabetes del hospital Enrique Garcés, concluyeron que el 4% tenían conocimientos malos, el 85,2%, regulares, y el 10,4%, buenos; con respecto a los conocimientos, según el sexo, el 4,5% de mujeres tuvieron malos conocimientos; el 87,5%, regulares y el 8%, buenos.²² En el presente estudio realizado en la ciudad de Cuenca, los conocimientos fueron buenos en el 12,65%, regulares en el 61,23% y malos en el 26,12%, y con relación a los conocimientos, según el sexo, el femenino fue el predominante: el 11,87% con buenos, el 62,71%, con regulares y con malos el 25,42%. En los dos estudios, los conocimientos regulares son para la mayoría de la población estudiada, siendo el sexo femenino el predominante debido



a que en los dos estudios la población objeto es mayoritariamente femenina.

Con respecto al estudio sobre Valoración del estado nutricional y conocimiento acerca de su enfermedad en los pacientes diabéticos tipo 2, que asisten al departamento de nutrición del hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Babahoyo, se concluyó: que la frecuencia de consumo de alimentos demostró una baja ingesta de vegetales, frutas y lácteos, con un exceso de consumo de azúcar, tipo blanca, de grasas animales y cereales blancos, lo que establece un inadecuado consumo de nutrientes en cuanto a sus requerimientos y recomendaciones nutricionales. En relación al presente estudio, el consumo de vegetales es del 48,57% del total de la población objeto; el edulcorante más usado por los pacientes es el artificial, representado por el 45,31%; el 13,47%, utilizan el azúcar blanca; en tanto que respecto a los lácteos, el más utilizado por la mayoría de pacientes fue la leche entera, lo que se evidencia en el 42,45% y no la leche descremada. En el estudio de Babahoyo, la presencia de los malos hábitos en los investigados se sustenta en el desconocimiento acerca del manejo nutricional del diabético.²¹ En el presente estudio de Cuenca, los pacientes presentan un conocimiento regular acerca de los hábitos nutricionales lo que determina actitudes y prácticas regulares y malas.



9. CONCLUSIONES

1. La edad fluctuó entre 40 y 85 años, la mediana 67. El 72,25% (177) fueron mujeres, el 56,32% (138) casados y el 65,31% (160) tenían instrucción básica.
2. Los conocimientos, actitudes y prácticas regulares sobre nutrición fueron 61,23%; 64,90%; el 58,78%; respectivamente.
3. Los conocimientos, actitudes y prácticas regulares sobre nutrición fueron similares según el sexo y grupo etario.



10. RECOMENDACIONES

1. Realizar intervenciones educativas a nivel individual, grupal y poblacional para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre nutrición.
2. Iniciar actividades de fortalecimiento del perfil profesional de los médicos de atención de I Nivel de Salud, orientadas a la capacitación en el tratamiento integral y control adecuado de enfermedades prevalentes crónicas de alto impacto para los usuarios, la comunidad y el sistema de salud.
3. Replicar este estudio con la población rural y, también, con los usuarios del sistema de salud pertenecientes al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.



11.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Diabetes Federation. Factores de Riesgo. la diabetes y los riesgos. 2015.
2. INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuarios de estadísticas vitales: Nacimientos y defunciones. Quito: INEC; 2013.
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. “Día Mundial de la Diabetes” con exitosos resultados en la prevención de amputaciones del pie diabético. Quito.2012.
4. Freire W, Ramírez M, Belmont P, Mendieta M, Silva M, Romero N, et al. Resumen ejecutivo. Tomo I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. ENSANUT-ECU 2011-2013;(1): 1-109.
5. Organización Mundial de Salud. Enfermedades Crónicas: Diabetes. OMS; 2012.
6. American Diabetes Association. Diagnóstico y clasificación de Diabetes Mellitus. ADA 2014; 37 (1): 62:89.
7. IDF: International Diabetes Federation Diabetes. Carta Internacional de derechos y responsabilidades de las personas con diabetes. Belgium; 2014.
8. Padilla Vargas G, Sánchez Hernández G, Arauz Hernández A. Guía básica para la enseñanza en diabetes: primer nivel de atención en salud, Costa Rica. 2002; 1-75.
9. OSMAN: Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía, Madrid. 2014.



10. Figueroa L, El enfoque constructivista de Piaget: Teoría cognitiva de Jean Piaget. 2010.
11. DRAE: Diccionario de la Real Academia Española, Madrid: DRAE; 2014
12. AADE7, Guía rápida de autocuidado para personas con diabetes; 2015
13. López A, Ocampo B. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. Redalyc. 2007; 9(2): 80-86.
14. Cabrera A, Gustavo A, El modelo transteórico del comportamiento en salud. Facultad Nacional de Salud Pública. 2000; 18(2): 129-138.
15. Islam F, Chakrabarti R, Dirani M, Islam M, Ormsby G, Wahab M, et al. Knowledge, Attitudes and Practice of Diabetes in Rural Bangladesh: The Bangladesh Population Based Diabetes and Eye Study (BPDES). Plos one.2014; 9(10):1-11.
16. Cabrera, Carlos Enrique; Novoa, Arnulfo; Centeno, Ninel Mayari. Conocimientos, actitudes y prácticas dietéticas en pacientes con Diabetes mellitus II Salud Pública de México.1991; 33(2):166-172.
17. Páez L, Cárdenas A, Bohórquez A. Identificación dela adherencia a la terapia nutricional utilizando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un grupo de personas con diabetes mellitus tipo 2 tratados por la Asociación Colombiana de Diabetes. Dieta (B.Aires).2010; 28 (133):17-23.



18. Troncoso C, Sotomayor M, Ruiz F, Zuñiga C. Interpretación de los conocimientos que influyen en la adherencia a la dietoterapia en adultos mayores con diabetes tipo 2 de una comuna rural. Rev Chilena. 2011; 35(4):1-5.
19. Evert B, Boucher L, Cypress M, Dunbar S, Franz J, J. Mayer D, et al. Recomendaciones terapia de nutrición para la Gestión de los adultos con diabetes. Diabetes Care January. 2014; 37(1) 20-143.
20. Galarza Villegas R, Mendoza Quiñonez M, Valoración del estado nutricional y conocimiento acerca de su enfermedad en los pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al departamento de nutrición del hospital del instituto ecuatoriano de seguridad social de la ciudad de Babahoyo, [Tesis de grado], Ecuador; 2012.
21. Álvarez R. Estudio del grado de conocimiento de nutrición en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, entre junio y agosto del 2008. [Tesis de grado]. Ecuador: Universidad San Francisco de Quito, Facultad de Ciencias médicas; 2008.
22. American Diabetes Association, Mitos sobre la diabetes ADA; 2015.
23. CABRERA PIVARAL, Carlos E. et al. Prácticas nutricias en pacientes diabéticos tipo II en el primer nivel de atención. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México. Cad. Saúde Pública. 1996; 12 (4): 525-530.
24. López A, Ocampo B, Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos, Redalyc Archivos en medicina familiar (México). 2007; 9 (2):80-86.
25. Fernández, L. C. Tratamiento dietético de la diabetes mellitus tipo 2. 2011; 1-7.



26. Aschner P, Alvarado B, Arbañil H, Arguedas C, Argueta M, Aylwin C, et al. Guías ALAD de diagnóstico control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Asociación Latinoamericana de Diabetes-ALAD. 2012; 1-73.
27. González R, Rubio L, Menéndez S, Serrano R, Martín R, Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA). 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus: 9-11.
28. La pirámide alimentaria para la diabetes: componentes básicos para el control de la diabetes. 2013.
29. Ferrari M, Estimación de la Ingesta por Recordatorio de 24 Horas, Dieta 2013; 31(143): 20-25.
30. Organización Mundial de Salud. La educación y la salud están íntimamente unidas. OMS; 2010.



ANEXO 1

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

FORMULARIO PARA INVESTIGAR

“Conocimientos, actitudes, y prácticas nutricionales en diabéticos tipo 2 que integran los clubes urbanos, cuenca 2015”

Nº _____

Objetivo: La presente encuesta tiene como objetivo estimar los conocimientos, actitudes, y prácticas nutricionales en diabéticos tipo 2 que integran los Clubes de diabéticos urbanos, Cuenca 2015. Los datos que se llenen en este formulario serán totalmente confidenciales. La respuesta a este cuestionario es voluntaria y estará en su derecho de contestarlo o no.

Instructivo: Para llenar el cuestionario, se pide total sinceridad, marcando con “X” en los recuadros o llenando la información que se solicite.

Datos generales de identificación

Fecha: Día _____ Mes: _____ Año: _____

Número de cédula: _____ **Edad:** _____ años

Número de celular: _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Estado civil:



Casado_____Divorciado_____Soltero_____Unión libre_____

Viudo_____

Instrucción:

Ninguna_____Inicial_____Básica_____Bachillerato_____Superior_____

Residencia: Rural_____Urbana_____

Cuestionario

1. Señale el número total de comidas que usted consume en el día.

Comidas principales: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Refrigerios: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

2. ¿Conoce cuáles son los alimentos que usted no debería consumir?

☐

Sí

☐

No

Si su respuesta es afirmativa, escriba 3 alimentos:

3. ¿Con qué endulza usted sus bebidas?

| Azúcar blanco

| Azúcar morena

| Panela

| Miel

| Edulcorantes artificiales

| Ningún edulcorante

4. ¿Cumple usted con la dieta que le recomendó su médico?

Sí

No



UNIVERSIDAD DE CUENCA

☐☐

Sí

No



En caso de no cumplir con la dieta señale la causa:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo fuera de casa | <input type="checkbox"/> No me interesa |
| <input type="checkbox"/> No tengo dinero | <input type="checkbox"/> No tengo tiempo para preparar mis alimentos |
| <input type="checkbox"/> No me gusta la dieta para diabético | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> No conozco la dieta | |

5. ¿Usted compra alimentos especiales (light) para su enfermedad?

☐

Sí

☐

No

En caso afirmativo, indique cuáles:

6. De las siguientes frutas, escoja cuál le sube más la glucosa.

Manzana con cáscara

Sandía

Guineo

Papaya

Pera

Durazno

7. Si toma usted su medicamento, ¿cree que es necesaria la dieta?

☐

Sí

☐

No

8. Cuando usted consume sus alimentos ¿se preocupa por la cantidad de calorías que contienen?

☐

Sí

☐

No



¿Por qué?_____



9. Una buena fuente de fibra es:

- ☐ Carne
- ☐ Verdura
- ☐ Yogurt
- ☐ No sabe/no contesta

10. ¿Cree usted que es importante asistir a las reuniones en el Club de las personas con diabetes?

☐

Sí

☐

No

¿Por qué? _____

11. ¿La preparación de su comida tiene menos carbohidratos con respecto a la de su familia?

☐

Sí

☐

No

12. Usted cree que una dieta con alto contenido en fibra vegetal puede:

- ☐ Ayudar a regular los niveles de azúcar en la sangre
- ☐ Elevar los niveles de colesterol en la sangre
- ☐ No satisfacer el apetito
- ☐ No sabe/no contesta

13. Según su criterio, para un control adecuado de su diabetes, se debe: (coloque un número del 1 al 4 de acuerdo con su opinión).

- ☐ Tomar antidiabéticos (medicamento)
- ☐ Seguir una dieta adecuada
- ☐ Utilizar medicina natural
- ☐ Realizarse control médico



14. ¿Realiza usted prácticas naturales para bajar el azúcar de la sangre?

☐

Sí

☐

No

En caso afirmativo indique cuáles: _____

15. ¿Qué piensa usted de la dieta de las personas con diabetes? Señale las opciones que usted considera necesario.

- ☐ Imposible de realizar
- ☐ Prohíbe mucho el consumo de alimentos
- ☐ Es fácil realizarla si se lo propone
- ☐ No permite disfrutar de los alimentos
- ☐ Cara
- ☐ Poco agradable
- ☐ Agradable
- ☐ Otro

16. ¿Cuál cree usted que es la principal causa de aumento en sus niveles de azúcar cuando se hace un examen de glicemia?

- ☐ Estrés, sufrimiento
- ☐ Mal cumplimiento de dieta
- ☐ Mal cumplimiento del tratamiento farmacológico
- ☐ Otras:

17. ¿Utiliza usted métodos adicionales para el control de su enfermedad?

☐

Sí

☐

No

Si su respuesta es afirmativa menciónelas:



ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE MEDICINA

“Conocimientos, actitudes, y prácticas nutricionales en diabéticos tipo 2 que integran los Clubes de diabéticos urbanos, Cuenca 2015”

Formulario N°

Fecha:

RECORDATORIO DE 48 HORAS

Instrucciones

Por favor, antes de comenzar tenga en cuenta las siguientes recomendaciones: El objeto de esta encuesta es conocer su consumo diario de alimentos y bebidas. Anote con la mayor precisión posible todos los alimentos y bebidas consumidos en las últimas 48 horas.

Puede empezar por el desayuno del día anterior y continuar hasta completar el recuerdo de la dieta del día entero. Anote los alimentos consumidos entre horas. Escriba la calidad del alimento (leche entera o desnatada, pan blanco o integral, tipo de carne, aceite, etc.) y estime la cantidad consumida en medidas caseras o en raciones (grande, mediana, pequeña). La información que figura en el envase de muchos alimentos puede ser muy útil para este fin. No olvide anotar refrescos y bebidas alcohólicas. Resulta muy útil registrar el método de preparación culinario (cocido, frito, asado, etc.).

Para facilitar el recuerdo, escriba inicialmente el menú consumido en cada comida y luego describa detalladamente los ingredientes. Igualmente, para ayudar a memorizar, es muy práctico recordar dónde comimos, con quién, a qué hora, quién preparó la comida.



TOMA EN EL DÍA*	ALIMENTOS	PROCESO CULINARIO	MEDIDA CASERA/ RACIONE
Desayuno			
Almuerzo			
Cena/Merienda			
Entre horas/ Refrigerios			



ANEXO 3

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**Tabla 5. Distribución de la población de estudio según la unidad operativa
a la que pertenecen los pacientes diabéticos, área urbana del cantón
Cuenca, 2015**

CLUBES DIABÉTICOS	Integrantes	Porcentaje	NÚMERO DE PARTICIPANTES
Uncovía	47	6,89	17
Machángara	16	2,35	6
Centro Salud N° 2	75	10,99	27
Barrial blanco	43	6,30	15
UNE	67	9,82	24
Centro Salud N° 1	39	5,72	14
El Paraíso	29	4,25	10
Terminal terrestre	64	9,38	23
Tandacatu	17	2,49	6
Virgen del milagro	35	5,13	13
Nicanor Merchán	62	9,09	22
Monay	56	8,21	20
Yanuncay	36	5,28	13
Cebollar	96	14,08	35
TOTAL	682	100,00	245



ANEXO 4

CARTA DE INVITACIÓN

Estimado señor o señora, usted está invitado a participar en la investigación **Conocimientos, actitudes y prácticas nutricionales en diabéticos tipo 2 que integran los clubes de diabéticos urbanos, Cuenca 2015**; que se llevará a cabo como nuestra tesis de grado. Esperamos aprenderlo que saben los diabéticos en nuestra ciudad sobre nutrición, además de la actitud y hábitos nutricionales. Se le pide a participar en esta investigación porque a usted se le diagnosticó de una enfermedad conocida como Diabetes tipo 2 y pertenece a un Club de diabéticos de la ciudad de Cuenca.

Si decide participar en el proyecto se le pedirá que responda un cuestionario de la manera más precisa posible, revisando la respuesta antes de pasar a la siguiente pregunta. El responder completamente el cuestionario le tomará aproximadamente 5 minutos. La información obtenida será estrictamente confidencial y conocida únicamente por las personas que trabajan en la investigación. Le aseguramos que no habrá posibilidad de conocer la identidad de la persona que respondió la encuesta en caso de que se publicaron los resultados.

Su participación es libre y voluntaria. Usted puede negarse a participar sin perjuicio alguno, ni pérdida de sus derechos. Y no habrá ningún tipo de remuneración económica. Su terminación voluntaria de la encuesta constituye el consentimiento a participar.

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta investigación estaremos encantados en ayudarlo, por favor, llame a María Gabriela Medina Apolo (0987497478) o Maricela Susana Ramón Brito (0969657513).

Gracias de antemano por su cooperación.



Atentamente,

Srta. Ma. Gabriela Medina Apolo

Srta. Susana Ramón Brito

Estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca

Dr. Edgar León Astudillo

Docente de Medicina de la Universidad de Cuenca

Endocrinólogo del Hospital Vicente Corral Moscoso